



**SANTÉ  
SOCIAUX**  
S'ENGAGER POUR CHACUN  
AGIR POUR TOUS

**PSYCHIATRE ET  
SANTÉ MENTALE**

**Propositions  
CFDT Santé-Sociaux**

**Contribution  
Fédération CFDT  
Santé-Sociaux /  
Syncass-CFDT**

**Novembre 2022**

# **PSYCHIATRIE et SANTÉ MENTALE**

## ***Propositions CFDT***

[sante-sociaux.cfdt.fr](http://sante-sociaux.cfdt.fr)

**FÉDÉRATION CFDT SANTÉ-SOCIAUX**

47/49 avenue Simon Bolivar - 75950 PARIS Cedex 19

TÉL : 01 56 41 52 00 – FAX : 01 42 02 48 08

[federation@sante-sociaux.cfdt.fr](mailto:federation@sante-sociaux.cfdt.fr)

# SOMMAIRE

---

## Avant-propos

### 1. La prévention en santé mentale

Pour prévenir, d'abord déstigmatiser

Quelques leviers pour la prévention

- a) Au travail
- b) À tous les âges de la vie
- c) Dès le plus jeune âge

### 2. L'offre de soins en santé mentale

La sectorisation

Les PTSM (Projets territoriaux de santé mentale)

Le parcours de soin

Les publics spécifiques

- a) Les enfants
- b) Les personnes âgées
- c) Les détenus

### 3. Démographie médico-soignante en psychiatrie

Les professions paramédicales

Les professions du travail social et de l'accompagnement

Les médecins

Les psychologues

### 4. Isolement et contention

# PROPOSITIONS CFDT SANTÉ-SOCIAUX pour la PSYCHIATRIE et la SANTÉ MENTALE

## Avant-propos

Dans le cadre de la préparation des Assises de la psychiatrie qui ont eu lieu les 27 et 28 septembre 2021, la CFDT Santé-Sociaux avait établi une série de propositions relatives à la santé mentale et à la psychiatrie.

Le résultat de ces Assises de la psychiatrie n'a pas été à la hauteur des espérances de la Fédération et des enjeux de ce secteur.

Dans un contexte de pénurie de personnel, de perte d'attractivité du secteur, de réforme du financement de la psychiatrie et de besoins populationnels grandissants, la fédération CFDT Santé-Sociaux a souhaité enrichir ses propositions sur la question de la santé mentale et de la psychiatrie.

Ce document est le fruit du travail réalisé conjointement avec le Syncass-CFDT.

## 1. La prévention en santé mentale

La santé mentale est une composante essentielle de la santé et représente bien plus que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. Selon l'OMS, la santé mentale est un « *état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* ».

La santé mentale fait partie intégrante de notre santé et de notre bien-être individuel et collectif.

En juin dernier, l'OMS a publié un rapport mondial sur la santé mentale « *Transformer la santé mentale pour tous* ». Elle exhorte les décideurs et les défenseurs de la santé mentale à intensifier leur engagement et leur action pour que changent les attitudes, les mesures et les approches à l'égard de la santé mentale, de ses déterminants et des soins qui lui sont consacrés. La CFDT Santé-Sociaux a pris la liberté de reprendre ici un certain nombre d'éléments du rapport de l'OMS.

« *La santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être en général et constitue un droit humain fondamental. Jouir de sa santé mentale, c'est être capable de créer des liens, d'agir, d'être autonome et de s'épanouir. La santé mentale couvre un continuum complexe, qui va d'un état optimal de bien-être à des états invalidants très douloureux, notamment sur le plan émotionnel. Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont plus susceptibles de ressentir un mal-être plus important, sans que ce soit systématique.* »

Agir sur la prévention en santé mentale est un axe de ce dossier tant il revêt, bien sûr, des enjeux de santé publique que de réduction des coûts sociaux économiques.

À titre d'illustration :

- La durée de vie de personnes atteintes de troubles mentaux est réduite de 10 à 20 ans. Plus les troubles sont détectés et traités tôt, plus les risques de chronicisation sont réduits et les chances de guérison élevées.
- Au sein de notre pays, les troubles mentaux représentent le premier poste de dépenses du régime général de l'Assurance maladie par pathologie, avant les cancers et maladies cardio-vasculaires, soit 19,3 milliards d'euros.
- Nous sommes le pays européen où la prescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs est la plus importante.
- Le coût économique et social des troubles psychiques est évalué à 109 milliards d'euros par an.

La période de pandémie que nous venons de traverser a contribué à la détérioration des indicateurs en santé mentale et particulièrement chez les jeunes. Il est donc urgent d'accentuer la prévention.

Selon la Haute Autorité de Santé, la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités.

Il est convenu de distinguer la prévention primaire, qui intervient en amont de la maladie et permet ainsi de l'éviter, la prévention secondaire, qui agit à un stade précoce de son évolution et revêt tous les aspects du dépistage, et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrences. Nous ne traiterons pas ici de manière exhaustive de la prévention en santé mentale tant le sujet est vaste et comporte beaucoup de « portes d'entrée ».

- **Pour prévenir, d'abord déstigmatiser**

Le premier frein à la prévention relève des tabous et de l'image qui pèsent sur les questions de santé mentale et de psychiatrie. Faire appel à un professionnel de la santé mentale ou à son médecin pour parler de son mal-être n'est pas naturel. Il en résulte que la prévention et l'orientation précoce sont insuffisantes.

Ce constat est d'ailleurs posé dans la « *Feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie* » de Juin 2018 et réitéré dans le cadre des Assises de la santé mentale et de la Psychiatrie de septembre 2021.

Pour la CFDT Santé-Sociaux, les mesures mises en place pour « vulgariser » le recours à une aide sont insuffisantes. (Site internet, vidéo ou spot audio sur réseaux sociaux, numéro d'appel). Certains sont même inadaptés. L'accès à un professionnel formé doit être une priorité de santé publique. La mise en place des premiers soins en

santé mentale doit permettre d'aider l'entourage dans l'orientation et l'accompagnement pour éviter l'ultime recours que doivent être les urgences et l'hospitalisation. Chacun de nous peut être confronté dans sa vie privée comme dans sa vie professionnelle à des événements pouvant se traduire par une altération de la santé mentale. Selon l'OMS, c'est un citoyen sur 4 qui peut être confronté à un problème de santé mentale.

Pour la CFDT Santé-Sociaux, comme cela a été fait pour le cancer ou le SIDA, une campagne de vulgarisation des questions de santé mentale doit être menée. L'initiative « POP and PSY » participe à cela mais reste très confidentielle. Les interventions dans les médias d'artistes confrontés à des troubles de la santé mentale et des films sur le sujet participent à la déstigmatisation mais cela reste également confidentiel et relève d'initiatives individuelles.

Une campagne, à une heure de grande écoute, doit permettre de changer le regard, de déculpabiliser et banaliser la demande de soutien. Elle doit contribuer à lever les tabous et les freins qui empêchent de pousser la porte de la consultation d'un personnel spécialisé et devra aborder tous les âges de la vie, de l'enfance à la personne âgée mais aussi certaines professions et particulièrement celles dont c'est le métier de soigner ou d'accompagner des personnes fragiles et/ou malades.

En sortie de crise COVID, le gouvernement a mis en place ce type de programme qui doit être poursuivi pour permettre des prises en charge précoces.

À ce titre, nous souhaitons ici pointer le déficit d'accompagnement précoce dont auraient pourtant pu bénéficier les salarié.es du soin et de l'accompagnement confrontés à des situations difficiles durant les premières vagues de la pandémie. À de nombreuses reprises, la CFDT Santé-Sociaux a demandé la mise en place de cellules d'accompagnement psychologique dans les établissements de santé, et ce, dès mars 2020. Nous avons insisté sur la nécessité de développer un dispositif qui va à la rencontre des salarié.es car il n'est absolument pas naturel pour ces soignants de dire : « Je ne me sens pas bien, j'ai besoin d'aide ». Or, après plusieurs mois, c'est d'abord une plate-forme nationale d'écoute, insuffisante, puis une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), en novembre 2020, qui furent mises en place à destination des professionnel.les des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Nous avons également suggéré de prendre contact avec le ministère des Armées pour bénéficier de leur expertise en la matière. Les dispositifs mis à disposition des salarié.es furent insuffisants et tardifs. Nous étions bien là dans une volonté de prévenir et repérer très tôt les troubles pouvant survenir chez les professionnel.les et dus à leur exposition à des situations de travail complexes et traumatiques.

- Quelques leviers pour la prévention

**a) Au travail**

Le milieu professionnel, les situations de travail et au travail, peut être générateur de troubles mentaux. La feuille de route de 2018 et le dernier plan Santé au travail prévoient des axes d'amélioration. Ils sont à poursuivre mais cela reste largement insuffisant.

La prévention de l'altération de la santé mentale liée au travail doit trouver des solutions dans l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail. Leur dégradation, première source de préoccupation pour les salarié.es, est la source majeure de l'augmentation des troubles psychosociaux.

Pour la CFDT Santé-Sociaux, cela passe par une obligation de mettre en place dans les entreprises une politique de prévention ambitieuse qui tienne compte de la réalité des situations de travail. Comme l'avait prévu l'ANI QVT de 2013, du pouvoir d'agir doit être redonné aux salarié.es via notamment les espaces de dialogue professionnel dont le sujet est le travail et son organisation. Les expérimentations menées en ce sens montrent leur pertinence et leur efficacité. Les outils développés par l'ANACT, allant dans ce sens, sont des ressources à mobiliser.

L'Observatoire de la QVT annoncé par Mme Touraine, mis en place par Mme Buzyn, et dans lequel la CFDT Santé-Sociaux s'était investie, semble en sommeil. Ce pourrait être pourtant un lieu de ressources pour les établissements du champ sanitaire, social et médico-social puisque c'est son périmètre d'intervention.

Les services de prévention et de santé au travail ont, bien sûr, toute leur place dans le dispositif de prévention si tant est qu'ils aient des équipes pluridisciplinaires suffisamment fournies tant dans le secteur privé que dans les fonctions publiques.

Enfin, chaque salarié.e ou agent.e devrait pouvoir se tourner vers un dispositif d'alerte lorsqu'il remarque dans le comportement de ses collègues de travail, des signaux faibles de troubles de la santé mentale. Afin de permettre ce repérage, des formations pourraient être proposées dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC).

Pour la CFDT Santé-Sociaux, il est possible d'imaginer un dispositif qui respecte la volonté des personnes et qui permette aussi de ne pas les laisser seules avec leur mal-être débutant.

**b) À tous les âges de la vie**

Depuis la naissance jusqu'à la fin de la vie, la prévention en santé mentale doit être effective.

La prévention est un axe majeur pour favoriser le repérage précoce des troubles de la santé mentale. L'ensemble des acteurs doit y être sensibilisé.

Pour la CFDT Santé-Sociaux, le volet Prévention des Projets territoriaux en santé mentale (PTSM) doit être obligatoire et permettre d'agir tant en termes de prévention primaire que secondaire. Ce sont en effet des projets qui ont le mérite d'embarquer un grand nombre d'acteurs locaux, de reposer sur un diagnostic partagé et d'intéresser l'ensemble de la population. Ils ont aussi l'avantage de se décliner en fiches-action permettant ainsi l'opérationnalité, l'effectivité des mesures et leur évaluation. La CFDT Santé-Sociaux demande que les PTSM se dotent obligatoirement d'un volet Prévention primaire et secondaire.

Pour être efficace, la prévention en santé mentale doit mobiliser beaucoup d'acteurs dits de proximité, en contact avec les citoyens quel que soit leur âge ou leur situation sociale. Ainsi, les élus, les intervenants à domicile, le corps enseignant, les professionnels des centres de loisirs, des crèches, des centres communaux d'action sociale, des missions locales... doivent être sensibilisés au repérage des signaux faibles de troubles de la santé mentale et valorisés dans cette mission. Mais cela est insuffisant, il est nécessaire qu'ils puissent connaître les relais capables d'apporter une réponse adaptée afin d'alerter et/ou orienter les personnes. Prévenir, dépister précocement impose que chacun des acteurs concernés connaisse les structures ou intervenants adaptés et soit autorisé à les solliciter.

Le Conseil local en santé mentale (CLSM) est un espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Pour la CFDT Santé-Sociaux, ces CLSM doivent aussi être des instances où la prévention en santé mentale est un axe de travail majeur. Ils sont d'ailleurs consultés dans le cadre de l'élaboration du PTSM. La composition des CLSM peut permettre d'associer différents acteurs qui vont agir sur des leviers distincts (bailleurs sociaux, élus, acteurs de la psychiatrie, usagers, aidants mais aussi établissements sociaux et médico-sociaux).

Près de 60 % des personnes s'adresseraient spontanément à leur médecin en cas de troubles de la santé mentale d'après une étude de la DRESS de 2014. Il a donc un rôle central en matière de prévention, de repérage et d'orientation des personnes vers le bon intervenant. Or, eux-mêmes se disent insuffisamment formés aux troubles de la santé mentale. En conséquence, il apparaît primordial que leur formation initiale et continue soit renforcée dans ce domaine.

Nous souhaitons ici mettre un focus sur une population spécifique : les plus jeunes.

### c) Dès le plus jeune âge

Depuis la naissance en passant par toutes les périodes de scolarisation, la prévention et le repérage précoce des troubles mentaux sont primordiaux afin d'éviter la prise en charge tardive et le risque de chronicisation, de désocialisation, etc.

Pour la CFDT Santé-Sociaux, il est impératif de construire une culture de la prévention et de développer des compétences nouvelles des acteurs de 1<sup>re</sup> ligne intervenant auprès des enfants et des adolescents. Il s'agit de leur permettre de détecter les signaux faibles, les analyser et pouvoir orienter.

Ainsi, des moyens doivent être développés pour sensibiliser les professionnels des établissements d'accueil de jeunes enfants, les assistantes maternelles mais aussi les enseignants du 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degré. Il pourrait être créé sur les territoires une équipe mobile dédiée à ces actions de sensibilisation à la santé mentale et pouvant intervenir dans les Etablissements d'Accueil de Jeunes Enfants, PMI, établissements d'enseignement par exemple. En outre, la formation initiale pourrait être renforcée dans le domaine de la santé mentale pour tous ces professionnels intervenant auprès d'enfants et d'adolescents. Cette sensibilisation, acculturation, doit être accompagnée.

En outre, comme évoqué précédemment, il est nécessaire pour tous ces professionnels ou acteurs intervenant auprès des jeunes d'avoir connaissance des dispositifs de prises en charge afin d'orienter et/ou alerter.

Le développement de la psychiatrie périnatale et si nécessaire l'extension au domicile des parturientes est une priorité pour détecter les troubles et aider les mères dans ces moments de la vie qui peuvent être psychologiquement complexes. Ainsi, en première intention, les sages-femmes doivent pouvoir participer à ces actions de prévention primaires en détectant, conseillant et/ou orientant les femmes si besoin.

## 2. L'offre de soins en santé mentale

- *La sectorisation*

Même si l'organisation sectorielle reste pertinente, il est nécessaire de réinterroger au niveau national la taille et le redécoupage des secteurs au vu des territoires, des modes de déplacement et d'organisation des usagers.

Cela devra tenir compte des évolutions sociales et épidémiologiques (précarité, mouvement de population, pathologies chroniques).

Il faudra également simplifier les cartes des secteurs entre adultes et enfants, dont l'incohérence pénalise, en particulier, la prise en charge des adolescents et la compréhension des dispositifs pour les citoyens et les élus.



Pour exemple, l'offre en ambulatoire, sectorisée ou non, est illisible et difficilement accessible.

Pourtant, la part des soins ambulatoires est désormais majoritaire sans pour autant que la demande d'hospitalisation diminue. Plusieurs facteurs expliquent que le recours à l'hospitalisation reste fort : certes, les besoins augmentent mais cela met en évidence les limites des capacités de la psychiatrie de secteur et la difficulté d'accéder à l'offre de soins en ville.

Les effets délétères de cette dégradation d'accès aux soins se retrouvent aux urgences hospitalières, participant à la décompensation des patients et générant de la violence.

Les patients chroniques stabilisés sont maintenus au sein des établissements de santé mentale publics faute de places d'hébergement en médico-social avec des prises en charge parfois trop sanitaires, pesant massivement sur les DMS (Durée moyenne de séjour) des établissements à leur détriment. Il faut massivement investir dans le nombre de places en EAM (Établissement d'accueil médicalisé) et en MAS (Maison d'accueil spécialisé). Il nous faut donc tenir des comptes des hospitalisations au long cours dans les DMS ou dans les modalités de changement d'allocation des ressources, en créant des Unités de patients à évolution longue spécialisées, financées sur la base d'un GMPS (GIR Moyen Pondéré Soins) existant dans SERAFIN-PH.

Restera la question de l'accueil des patients chroniques stabilisés irresponsables pénaux que le médico-social ne pourra accueillir au regard de son statut juridique mais pour lesquels des structures spécifiques doivent être créées. La création de ces structures doit être accompagnée et financée par des équipes mobiles afin d'éviter des ruptures de prise en charge des usagers et acculturer les professionnels à ces prises en charge spécifiques.

Et même si, par manque de solution de sortie, la durée d'hospitalisation augmente, la prise en charge en hospitalisation complète ne permet plus aux patients et aux soignants de construire une relation de confiance.

Le nombre de lits baisse mais ils sont sur-occupés, les tâches administratives demandées aux soignants augmentent et le secteur perd en attractivité.

Les soignants ont moins la capacité de pouvoir être véritablement à l'écoute des patients. Il en résulte une perte du sens du travail. Il est donc urgent de redonner du temps disponible aux soignants.

Il nous faut aussi sortir de la pression mortifère sur les effectifs qui ne cesse d'accroître sans réflexion, la pression sur les organisations et qui impacte fortement les durées d'isolement et de contentions dénoncées dans de nombreux rapports.

La CFDT Santé-Sociaux pense qu'il est urgent de définir un cadre de « fonctionnement type » a minima des effectifs paramédicaux pour les unités d'hospitalisation et ambulatoires.

En effet, les impératifs de transport des patients, des droits des usagers (isolement et contention), de renfort de sécurité, contraignent les soignants et les directions à des contorsions que devraient assumer les pouvoirs publics en termes de moyens complémentaires.

De la même façon, la liberté d'installation des psychiatres doit être encadrée au regard de leurs obligations dans la gestion des hospitalisations sans consentement.

Il faut organiser une offre en psychiatrie mieux répartie sur le territoire et basée sur une référence populationnelle. L'objectif prioritaire de cette nouvelle répartition doit être la suppression des « zones déficitaires » ou dépourvues de médecins psychiatres par un rattrapage et donc une re-dotation de ces zones, comme prévu dans la réforme du financement qui peine à avancer.

L'atteinte de cet objectif relève de la responsabilité des ARS mais surtout du ministère de la Santé et de la Prévention. L'aveuglement politique sur ce sujet, qui pourtant fait de plus en plus consensus, doit permettre de passer d'une politique d'incitation à une politique de contrainte planifiée.

En attendant, il convient de favoriser les protocoles de coopération avec d'autres professionnels (psychologues, infirmier.ères...) afin de dégager du temps médical.

Enfin, les réorganisations dans le paysage sanitaire se résument trop souvent à la mise en œuvre d'ensembles hospitaliers sous la forme de GHT qui nient la spécificité des établissements de santé mentale quand ils ne dénigrent pas leur activité.

Il faut stopper en urgence le reniement de la spécificité de la prise en charge de la santé mentale qui doit, certes, se moderniser mais aussi garder sa capacité à agir pour les usagers et leurs familles. Cela passe par une mise en lumière et une valorisation de l'ensemble de ce secteur.

- **Les PTSM (Projets territoriaux de santé mentale)**

Afin de répondre au mieux aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux et garantir l'efficacité du système de santé, il convient, pour la CFDT Santé-Sociaux de faire confiance aux acteurs comme c'est déjà le cas dans la mise en œuvre des PTSM. Ces derniers doivent faire l'objet de plans d'action précis et évalués ; pour cela, ils doivent être basés sur un diagnostic territorial exhaustif. Les ARS ont pour mission d'assurer un rôle de régulation et laisser la possibilité à une hétérogénéité des organisations au regard des besoins locaux. Ils doivent donc être réalisés en concertation avec les professionnels dans le cadre de l'élaboration de leurs PRS (Programmes régionaux de santé) dont il faut encore renforcer la dimension transversale.

Les PTSM en ce qu'ils associent tous les acteurs du soin et de l'accompagnement autour d'un projet est une démarche intéressante. Mais attention au risque de multiplication d'espaces de collaboration qui vient contrecarrer l'objectif d'une approche globale de la santé. D'autant plus que le champ du PTSM ne coïncide pas toujours avec celui du secteur psychiatrique, des CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) ou des GHT.

Pour la CFDT Santé-Sociaux, l'échelle du bassin de vie semble adaptée pour maintenir la proximité du premier recours et de la permanence des soins.

Mais la psychiatrie ne peut et ne doit pas tout faire. Les élus jouent un rôle déterminant, par leurs connaissances des difficultés des territoires, dans l'élaboration des PTSM mais aussi dans leur mise en œuvre en lien avec les bailleurs sociaux.

D'ailleurs, trop peu de municipalités se sont emparées du Contrat local de santé en y intégrant sa part de santé mentale. Les ARS ne peuvent attendre pour être proactives sur ce sujet qui permet de développer la prévention mais aussi de coordonner les acteurs sur les territoires. Cela devrait permettre de tenir compte des spécificités du territoire et des différences entre milieu rural et grands ensembles urbains.

Il est donc nécessaire de réaliser un bilan qualitatif des PTSM arrêtés par les ARS en lien avec l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance).

Mais la coordination ne se décrète pas, elle se construit, elle se nourrit. Aussi nous rejoignons l'avis du CESE du 24 mars 2021, « Améliorer le parcours de soins en psychiatrie », dans sa préconisation n° 16 de mettre en place des formations croisées associant les acteurs de santé et des secteurs médico-sociaux et sociaux pour susciter et faciliter le travail en réseau. Il est nécessaire de maintenir financièrement en place les chargés de mission PTSM qui ont largement contribué au diagnostic, à l'élaboration et au suivi de ceux-ci.

- ***Le parcours de soin***

Il nous faut améliorer la continuité des prises en charge par la capacité de la psychiatrie à garder le contact avec les patients. Pour mieux y parvenir, nous devrions systématiser la désignation d'un responsable du suivi individuel de chaque patient. Ce professionnel du soin ou du travail social serait chargé de faire des points réguliers sur la situation du patient (état de santé, observance du traitement, situation sociale) et de renforcer la pratique de visites de suivi ou de contacts à domicile en fluidifiant le parcours.

Cette nouvelle pratique permettrait d'accentuer la prévention et le suivi somatique des patients par des omnipraticiens ayant la maîtrise des spécificités du soin aux malades mentaux qui implique un mode relationnel particulier.

Cette mission pourrait être financée par des créations de postes dans les secteurs psychiatriques mais aussi dans des établissements sociaux et médico-sociaux.

En complément, la mise en œuvre de soins intensifs à domicile adossée au dispositif MCO mais garantissant un maintien dans la cité permettrait de diminuer l'hospitalo-requérance.

Nous savons qu'un diagnostic et une prise en charge précoce et globale permettent d'éviter une chronicisation de la maladie mentale.

Aujourd'hui, les délais d'accès à une consultation dans un CMP représentent une perte de chance pour les usagers.

Chaque CMP doit adapter son activité aux besoins et non le contraire, en n'hésitant pas à élargir son amplitude d'ouverture, type 9h/20h, du lundi au samedi et en organisant des possibilités d'accueil sans rendez-vous.

Il faut surtout interdire les fermetures inappropriées, dont celles du mercredi, et maintenir une continuité estivale en pédopsychiatrie qui donnent une image désastreuse de la psychiatrie publique.

Un système de pré-entretien pourrait permettre de répondre à l'urgence des demandes et d'organiser la prise en charge ultérieure ou l'orientation vers d'autres professionnels en fonction de la gravité de la pathologie ou de la situation, en articulation avec la médecine de ville et les CPTS.

Il faudrait donc multiplier la présence de professionnels dans la santé mentale dans les lieux de soin de premiers recours.

- **Les publics spécifiques**

- a) **Les enfants**

La pédopsychiatrie n'est pas une spécialité médicale, c'est une option au diplôme d'études de la psychiatrie ou de la pédiatrie, participant ainsi au manque de reconnaissance des pédopsychiatres.

De plus, une faculté de médecine sur cinq n'a pas de professeur d'université en pédopsychiatrie. Il est évident que l'offre de formation est insuffisante.

En plus de faire face aux mêmes difficultés que la psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie rencontre des difficultés propres et plus accentuées par la diminution, voire la disparition, d'autres dispositifs tels que les Centres médico-psychopédagogiques, les Réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté...) déjà dénoncée.

L'offre de soins en pédopsychiatrie se heurte aux faibles capacités d'hospitalisation et à leur inégale répartition sur le territoire.

Ce déficit conduit à hospitaliser plus d'un mineur sur cinq dans un service de psychiatrie adulte. Ceci vient en contradiction directe avec les soins et la protection particulière dont ils ont besoin.

La limite d'âge de 16 ans pour la pédopsychiatrie conduit à des ruptures dans l'organisation de la prise en charge.

On demande à la pédopsychiatrie de répondre et de prendre en charge des situations qui sont à la croisée de l'éducatif, du sanitaire et du social.

Faute de moyens, les services de PMI, de l'Éducation nationale, de l'Aide sociale à l'enfance, de la Protection judiciaire de la jeunesse, les structures sanitaires et médico-sociales et la pédopsychiatrie se renvoient la prise en charge des enfants et des adolescents.

Quel que soit l'âge, aucun jeune souffrant de troubles psychiques ne devrait quitter un service de pédopsychiatrie sans que n'ait été organisée préalablement sa prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale. Pourtant, cela est monnaie courante jusqu'à en décourager les familles.

Les sources de financement différentes de tous ces acteurs empêchent une prise en charge continue, cohérente et globale.

Tous cherchent à se « débarrasser » des cas complexes ou « incasables ».

Dans ces conditions, quel est l'intérêt supérieur de l'enfant ? Dans tous les cas, il devrait l'emporter sur des choix budgétaires.

Au-delà de la nécessité de renforcer les moyens de ces différents acteurs (Protection maternelle et infantile, médecine scolaire, Aide sociale à l'enfance, Protection judiciaire de la jeunesse, etc.), la coordination des acteurs entre eux pour détecter précocement les situations de précarité, de maltraitance ou de troubles psychiques, afin d'éviter la chronicisation, est une nécessité et doit impliquer les régulateurs avec le suivi d'indicateurs spécifiques.

Le premier lien à renforcer, c'est celui de la pédiatrie et de la pédopsychiatrie pour une intervention précoce en service de pédiatrie, de maternité et au domicile pour éviter la stigmatisation de ces patients étiquetés trop vite « malade mental » par la société.

## **b) Les personnes âgées**

La prise en charge des sujets âgés en psychiatrie doit être une priorité au regard des évolutions démographiques et doit devenir une spécialité psychiatrique reconnue.

La refonte du troisième cycle, au regard de la nouvelle maquette, peut faire craindre un désintérêt pour la gérontopsychiatrie qui a pourtant une prévalence croissante.

Il faut renforcer la création d'unités de soins aigus en psychiatrie de la personne âgée et instaurer une bonne coordination entre médecins généralistes, gériatre et psychiatre, spécifiquement organisées au sein de structures de proximité adaptées.

La création d'équipes mobiles de gérontopsychiatrie doit être généralisée pour favoriser le maintien des patients dans leur lieu de vie et éviter les hospitalisations.

Nous sommes toujours en attente d'un arbitrage concernant les USLD (Unités de soins longue durée) psychiatriques dont nous ne saurions nous passer car certains patients n'ont pas le profil pour une structure de droit commun.

Leur financement ternaire devient une aberration et complexifie la réflexion. La création d'Unités de soins de suite et de réadaptation de psychiatrie pourrait être une solution pour sortir de cette impasse.

Il faut réfléchir à la création de structures adaptées et ouvertes sur la société pour les patients psychiatriques vieillissants dont l'hébergement en structure n'est pas toujours possible.

Le nouveau modèle de financement doit tenir compte, dans ses données géo populationnelles, de la psychiatrie du sujet âgé comme il le fait pour la pédo-psychiatrie.

Il faut survaloriser ces prises en charge complexes et doublées parfois de problèmes neurologiques. Cela permettrait d'éviter, de surcroît, une trop grande métropolisation du modèle.

### c) Les détenus

Il convient de maintenir la possibilité d'hospitaliser en psychiatrie des patients détenus dans les hôpitaux de secteur pour de courtes durées, sur la base de l'article D. 398, comme cela se pratique pour les soins somatiques.

En revanche, ce travail de proximité ne doit pas empêcher de travailler sur les situations de crise à gérer dans l'urgence. En effet, l'organisation d'un transfert en UHSA (Unité hospitalière spécialement aménagée) nécessite une préparation médico-administrative lourde : accords médico-administratifs, arrêtés de transfert des préfets de département, attente d'une place, UHSA à plusieurs centaines de kilomètres des centres de rétention. Il faudrait permettre un surnombre de soignants pour les unités concernées dans le cadre des nouvelles modalités d'allocation de ressources.

Le dernier rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté estime que 60 % des détenus présentent des troubles en santé mentale. Il ne faudrait pas que les fermetures de lits d'hospitalisation voulues par certains accentuent ce taux et laissent des malades en détention, faute de soins.

## 3. Démographie médico-soignante en psychiatrie

- *Les professions paramédicales*

Dans un contexte de pénurie de personnels soignants à l'échelle planétaire, on peut dire que les Assises de la psychiatrie sont restées quasiment muettes sur le sujet.

Une seule mesure concerne les personnels paramédicaux en prévoyant la promotion des IPA (Infirmier.ères en pratique avancée) en Santé mentale et en Psychiatrie (mesure 26 des Assises de la psychiatrie).

Entre 2019 et 2021, 935 IPA ont été formés. Il y a actuellement 1 425 étudiant.es en pratique avancée en France. La spécialité « Santé mentale et Psychiatrie » (SMP) a été choisie par 27,2 % de ces étudiant.es.

Même si c'est le deuxième choix des infirmier.ères étudiant en pratique avancée, cela représente 387 futurs IPA SMP. Pas de quoi révolutionner l'offre de soins. Il faut donc augmenter significativement les capacités de formation que ce soit en nombre d'universités qui la proposent (seulement 21 à l'heure actuelle) qu'en taille de promotion.

Parallèlement au développement des IPA, il est nécessaire de veiller à ce que tous les professionnel.les exerçant en psychiatrie bénéficient d'un tutorat favorisant la consolidation des savoirs en les finançant. Cela participerait à la fidélisation des personnels et éviterait de tout faire porter par les IPA.

Le cursus initial de formation, des IDE et des AS, prépare de manière insuffisante à l'exercice en psychiatrie.

Le renforcement de la formation initiale des métiers paramédicaux doit permettre aux professionnel.les :

- d'avoir de solides connaissances en psychopathologie ;
- d'avoir la connaissance des structures de soin en santé mentale et leur cadre d'utilisation ;
- de connaître l'articulation des missions et leur rôle en psychiatrie, en lien avec le cadre réglementaire ;
- de connaître l'identification du positionnement et du champ d'intervention au sein de l'équipe pluridisciplinaire ;
- de connaître l'identification de la nature des troubles psychiques des patients et leurs manifestations ;
- d'avoir la compréhension et la gestion des interactions et leurs impacts dans la relation soignants/soignés.

Il pourrait être proposé dans la formation initiale des IDE une option spécifique « *Psychiatrie et psychopathologie* » pour ceux et celles qui souhaiteraient orienter leur exercice professionnel vers ce secteur.

- ***Les professions du travail social et de l'accompagnement***

Les secteurs psychiatriques doivent ouvrir le recrutement aux AMP trop souvent cantonnés au champ médico-social alors que leurs compétences pourraient être valorisées dans d'autres unités, y compris en unité de réhabilitation psychosociale.

Il faut que les travailleurs sociaux qui jouent un rôle essentiel dans le maintien dans la cité des patients soient acculturés à la psychiatrie pour mieux accompagner les usagers ayant des troubles psychiatriques.

Il convient d'intégrer dans les formations initiales des travailleurs sociaux des modules de psychiatrie.

Les établissements doivent faire en sorte que la formation continue soit plus importante et mieux adaptée pour ces personnels. Ce travail, tant sur l'intégration de modules supplémentaires dans la formation initiale que sur la formation continue, pourrait être confié à la CPC (Commission professionnelle consultative) du travail social et de l'intervention sociale qui œuvre déjà sur la nature et le contenu de formations complémentaires professionnalisantes.

Par ailleurs, les professionnel.les de niveau III et II du secteur social ou médico-social exerçant en psychiatrie ou amenés à prendre en charge des publics présentant des troubles psychiatriques ou des problématiques de santé mentale devraient pouvoir se voir proposer un Master en psychiatrie.

- *Les médecins*

Le rôle central du médecin généraliste est la conséquence logique de la place qui lui a été donnée dans le parcours de soin.

Près d'un tiers de leurs patients présente une pathologie psychiatrique. Pourtant, ils recourent faiblement aux techniques de dépistage des troubles.

Ces outils utilisés de façon systématique donneraient l'occasion au médecin généraliste d'aborder la question de la santé mentale de façon non-stigmatisante et de repérer certains signaux justifiant une évaluation plus approfondie.

Il faut absolument réintroduire l'obligation de stage en psychiatrie dans la maquette des futurs médecins généralistes, premiers prescripteurs de psychotropes et d'anxiolytiques et premiers interlocuteurs du patient dans les futurs exercices professionnels.

Il convient également de prendre des mesures incitatives auprès des CPTS constituées afin que les généralistes s'engagent aux côtés des psychiatres dans le cadre de l'élaboration des PTSM et, en contrepartie, exiger des établissements le raccourcissement des délais d'envoi des courriers de sortie.

L'idée centrale est de favoriser le lien ville-hôpital et de concrétiser la mise en place de consultations conjointes au cabinet libéral qui doit contribuer à la déstigmatisation.

De plus, la réforme du troisième cycle, en cours de mise en œuvre, impacte lourdement la pédopsychiatrie au vu des récentes maquettes d'enseignement. Il conviendra d'en mesurer rapidement l'impact sur la prise en charge et le dépistage des troubles chez l'enfant.



Pour compenser la diminution de la démographie médicale et à défaut de mesures incitatives plus fortes, des expérimentations de télé-expertise pourraient être favorisées, soutenues et contrôlées par les ARS.

La période pandémique récente a vu se développer ce type de pratiques qu'il faut consolider et valoriser.

Enfin, pour renforcer l'offre de soins sur les territoires les plus défavorisés et donner une image positive de la psychiatrie, il ne faut pas hésiter à intégrer les CMP dans les maisons de santé pluridisciplinaires ou à proximité des zones d'attractivité urbaine afin de faciliter leur accès en évaluant les dispositifs mis en place.

- **Les psychologues**

Faute de répartition adéquate sur le territoire et dans un temps de pénurie annoncée, nous suggérons que le ministère travaille avec les organisations syndicales et professionnelles représentatives des psychologues sur un cahier des charges visant à assurer par les psychologues des missions et des fonctions élargies qui ne soient pas strictement médicales et qui viendraient renforcer sans les abroger, celles des décrets de la FPH et de la FPT existants.

Les pouvoirs publics doivent mettre en œuvre la proposition figurant dans le rapport Robillard, à savoir : reconnaître un rôle aux psychologues cliniciens en premier recours et examiner la possibilité et les modalités d'une prise en charge de leur exercice par l'Assurance maladie à la suite des expérimentations en cours.

Ce dispositif devrait permettre de mesurer l'effet sur la réduction des délais d'attente de prise en charge.

Il faut accélérer le processus d'évaluation des expérimentations en cours afin de déterminer les conditions de remboursement des consultations de psychologue, les modalités d'intégration de ces consultations dans le parcours de soin coordonné.

Cela nécessitera de faire entrer la profession de psychologue dans le code de la santé publique, peut-être par la création d'un 4<sup>e</sup> groupe professionnel. Mais aussi une validation spécifique des formations et des compétences des psychologues cliniciens.

#### **4. Isolement et contention**

La Haute Autorité de Santé ainsi que la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté rappellent régulièrement que l'isolement et la contention doivent être **des mesures limitées dans le temps, de dernière intention**, sur décision d'un psychiatre, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, partagée avec l'équipe soignante.

Cet isolement - voire cette contention - ne peut, toujours selon la Haute Autorité de Santé, se faire que dans un lieu adapté, autrement dit dans une chambre d'isolement répondant au cahier des charges national. Elles doivent faire l'objet d'une prescription avec une surveillance régulière et intensive et depuis ces deux dernières années d'un contrôle renforcée du Juge des libertés et de la détention.

Malheureusement, ces intentions pleines de bon sentiment se heurtent à la réalité de nos établissements.

Nul ne peut nier l'augmentation importante de ces mesures qui font d'ailleurs l'objet de remontée au ministère par le biais du registre et du rapport annuel, obligatoire et déterminé par le code de la santé publique. Mais à ce stade, ce rapport annuel ne fait l'objet d'aucune communication.

La CFDT Santé-Sociaux demande que ces données soient communiquées.

Cette absence de retour national peut avoir deux explications sur lesquelles nous ne trancherons pas : le manque de moyens ministériels pour exploiter les données ou alors que ces données seraient si inquiétantes et sensibles qu'elles ne pourraient être communiquées sans déclencher un plan d'urgence.

En effet, cette augmentation des isolements et des contentions est connue des professionnels depuis longtemps et ont fait l'objet de remontées dans nombre de groupes de travail ou de comités ad hoc nationaux auxquels nous avons participé. Elle est le reflet d'une psychiatrie paupérisée où :

- l'absence de formation suffisante en psychopathologie fait que les équipes préfèrent isoler plutôt que prévenir l'arrivée de la crise qui demeure, quoiqu'en disent certains, un des symptômes de la psychiatrie. Rappelons au passage que la psychiatrie est le seul domaine où l'on peut être soigné contre son gré. Les teneurs du lissage et de la volonté de nier les spécificités de cette discipline ne sont jamais allés se confronter à cette réalité ;
- la diminution des effectifs en intra hospitalier au bénéfice d'un extra hospitalier lui-même en difficulté fait que, par sécurité pour le patient mais aussi celle des équipes, la mesure d'isolement, voire de contention, reste la solution de facilité ;
- la désaffection de la discipline par les praticiens qui, même quand ils en font le choix, ne veulent pas aller en intra hospitalier au vu des responsabilités médico-légales et de la charge administrative qui l'accompagne ;
- la vétusté des locaux parfois mal pensés en l'absence de réflexion sur ce sujet de l'architecture psychiatrique. Sujet qui avait mobilisé mais pour lequel nous sommes face à une impensée pour la psychiatrie ;
- la perte d'une culture soignante d'équipe favorisée par les lois Hôpital, Patients, Santé, Territoires et de « Modernisation » du système de santé qui ont, toutes deux, nié la spécificité de la prise en charge psychiatrique.

Cette augmentation nous amène donc légitimement à une Loi « exigée » par le Conseil constitutionnel. Loi mal écrite, mal appliquée, refaite deux fois, où la prise en charge médicale a laissé le pas à la judiciarisation des prises en charge, accentuant la fuite des psychiatres et des soignants et mettant en difficulté les directions d'établissement.

En effet, l'article 17 (un temps appelé article 84) de la loi du 22 janvier 2022 réforme pour la troisième fois l'article L. 3 222-5-1 du code de la santé publique.

Son contenu est une reprise pure et simple de l'article 41 de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022, qui avait été censuré comme « cavalier législatif » par le Conseil constitutionnel, à la suite d'un imbroglio juridique laissant place à une jurisprudence inquiétante et des vides juridiques qui le sont tout autant.

Les mesures d'isolement et de contention ne peuvent être prises que sur décision motivée d'un psychiatre, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque, après évaluation. Une surveillance stricte du patient doit être assurée, outre l'exigence de traçabilité de chaque mesure dans un registre spécial. Les changements concernent surtout les modalités de contrôle juridictionnel.

La loi prévoit une information obligatoire du juge au-delà de la durée légale. Cette obligation incombe au directeur de l'établissement accueillant le malade. Cela nécessite d'organiser des audiences le week-end et d'augmenter la charge administrative de l'ensemble de la communauté hospitalière dans un copier-coller de la procédure de garde à vue que Kafka n'aurait pu nier.

La volonté, semble-t-il, du rédacteur est de rendre le dispositif tellement complexe qu'il dissuaderait la mise en isolement ou en contention comme si ceux-ci étaient une volonté soignante. Il s'agirait d'inciter les psychiatres et les équipes soignantes à une diminution très forte du nombre et de la durée des mesures d'isolement et de contention, et à la recherche d'alternatives moins contraignantes pour les patients.

Nous dénonçons cette lecture des prises en charge. En effet, nous partageons l'analyse de la Haute Autorité de Santé et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté sur l'augmentation des mesures mais il faut avant tout revenir à la source. Nous saluons les efforts en cours sur ce sujet mais qui ne sont que des saupoudrages là où la discipline mérite une Loi et un Plan comme celui que nous avons connu en 2011 avec une mise à plat des dispositifs avec toutes les parties prenantes pour inventer les prises en charge de demain.

La solution actuelle qui consiste, sans réflexion préalable, à accepter la création d'unités d'isolement, dites « USIP », sans cadrage légal, avec pour bonne conscience de mieux enfermer les citoyens loin de chez eux, est en complète contradiction avec la politique de secteur mais aussi de la déstigmatisation. La CFDT Santé-Sociaux rejoint les organisations qui ont récemment demandé un moratoire et un groupe de travail sur ce sujet auquel nous participerons. ■